

# กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคับประคอง: บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

ศิริพร เสมसार\* พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)

สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม\*\* ปร.ด. (การพยาบาล), วพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

## บทคัดย่อ:

ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามต้องเผชิญกับอาการ ผลกระทบจากการรักษาและความก้าวหน้าของโรคร้ายที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แนวทางการดูแลรักษาจึงมุ่งหวังเพื่อประคับประคองไม่ให้เกิดการดำเนินโรคลุกลามเร็ว หรือเพื่อบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามบริบท บทความนี้นำเสนอบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคับประคอง ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา โดยใช้หลักสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่กำหนดโดยสภาการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดของการดูแลแบบประคับประคอง มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย นำความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลช่วยเหลือในแต่ละระยะตามภาวะเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ และเสนอแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามที่เหมาะสม

คำสำคัญ: มะเร็งปอดระยะลุกลาม การดูแลแบบประคับประคอง บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

---

\*นักศึกษา หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิปริญญาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล,  
E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th

# A Case Study of Palliative Nursing Care for Persons with Advanced Lung Cancer: Roles of Advanced Practice Nurses

Siriporn Semsarn\* M.N.S. (Adult Nursing)

Suchira Chaiviboontham\*\* Ph.D. (Nursing), Dip. APMSN

## Abstract

During their illness trajectory, patients with advanced stage lung cancer encounter physical symptoms, adverse effects from medical treatments, and their disease progression inevitably. The care approach should focus on palliation of their physical symptoms that cause sufferings and on delaying disease progression in order to optimize quality of life for both patients and their families. This article demonstrates the roles of advanced practice nurses in providing palliative care for advanced lung cancer patients since the beginning of their medical care. The principles of palliative care and competencies of advanced practice nurses enacted by Thailand Nursing and Midwifery Council (TNMC) were applied in the care approach to analyze health problems of the patient. Evidence-based nursing care was implemented in the care relying on the disease stage and health deviation self-care. Finally, palliative nursing care for patients with advanced lung cancer was proposed.

**Key words:** Advanced lung cancer, Palliative care, Roles of advanced practice nurses

---

\*Diplomate Candidate, Thai Board of Advanced Practice in Medical-Surgical Nursing, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

\*\*Corresponding author, Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: suchira.cha@mahidol.ac.th

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปอดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากรายงานขององค์การวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer) ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าโรคมะเร็งที่พบได้มากที่สุดคือ มะเร็งปอดและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 สำหรับประเทศไทยมะเร็งปอดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับ<sup>1</sup> การรักษามะเร็งปอดในระยะเริ่มแรก ใช้วิธีการผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัดจะตอบสนองต่อการรักษาค่อนข้างดี สำหรับมะเร็งปอดระยะลุกลาม ในปัจจุบันมีการรักษาโดยใช้ยาต้านมะเร็งกลุ่มใหม่เรียกว่า การรักษาแบบมุ่งเป้า (targeted therapy) แต่พบว่าผู้ป่วยมักมาพบแพทย์เมื่อมีอาการแสดง และมักตรวจพบว่าโรคอยู่ในระยะที่ 3-4<sup>2</sup> ดังนั้น แนวทางการรักษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประคับประคองไม่ให้โรคลุกลามเร็ว หรือเพื่อบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามมีการพัฒนาให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลกระทบจากการรักษา และความก้าวหน้าของโรคอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เป็นผลให้ผู้ป่วยร้อยละ 90 เสียชีวิตภายในระยะเวลาเฉลี่ย 12 เดือน<sup>2</sup> และมีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่อาจมีชีวิตอยู่นานถึง 5 ปี<sup>4</sup> อาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาดำเนินโรคที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม ได้แก่ อาการเหนื่อยล้า ความอยากอาหารลดลง หายใจหอบเหนื่อย ไอ และอาการปวด<sup>5,6</sup> รวมถึงภาวะด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล อารมณ์หงุดหงิด ภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวที่ผิดปกติ<sup>4,7</sup> ส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่หรือบทบาททางสังคมของผู้ป่วยลดลง<sup>4</sup> รวมถึงผลกระทบเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ จากการรักษาทั้งค่าเดินทาง ค่ายาเคมีบำบัด ยารักษาผลข้างเคียงจากเคมี

บำบัด และค่ายารักษาแบบมุ่งเป้าที่มีราคาสูงและไม่สามารถเบิกได้ การใช้ยาที่มีประสิทธิภาพสูงและราคาสูง อาจทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความคาดหวังในการรักษาเกินความเป็นจริง ส่งผลต่อการปรับตัวและการยอมรับต่อความเจ็บป่วยเมื่อตัวโรคดำเนินมาสู่ระยะท้าย<sup>8</sup>

การดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา มุ่งหวังให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเชื่อมกับความเครียดและปรับตัวได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อีกทั้งช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณในระยะท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตราบนวาระสุดท้ายของชีวิต รวมทั้งติดตามให้การช่วยเหลือญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาจนกระทั่งหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ซึ่งการดูแลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ดังกล่าวจำเป็นต้องใช้พยาบาลที่มีสมรรถนะสูงในการดูแลจัดการเนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน และมีความเปราะบาง อีกทั้ง ต้องมีการใช้ทักษะและบูรณาการองค์ความรู้ที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีตามมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และคุณภาพในการดูแล

## วัตถุประสงค์

เพื่อวิเคราะห์ประเด็นปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม และศึกษาบทบาทและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา

## กรอบแนวคิด

ผู้ศึกษาได้ใช้สมรรถนะที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย ซึ่งประกอบไปด้วยสมรรถนะ 4 ด้าน<sup>9</sup> คือ มีความสามารถในการประเมินและการวางแผนการดูแล (assessment and care planning competence) ด้านทักษะการสื่อสาร (communication skill competence) ด้านการจัดการกับอาการ (symptom management competence) และด้านการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (advance care planning competence) ร่วมกับสมรรถนะการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ประกอบด้วย สมรรถนะ 9 ด้าน<sup>10</sup> คือ มีความสามารถในการพัฒนาจัดการและกำกับระบบดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (case management) การดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (direct care) การประสานงาน (collaboration) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (education) การฝึก (coaching) การให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มที่ตนเองเชี่ยวชาญ (consultation) การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) การให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical reasoning and ethical decision making) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) และการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation) มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมช่วยเหลือผู้ป่วยในแต่ละระยะของโรคมะเร็งปอดปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการในการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามต้องเผชิญปัญหาจากอาการทางกายต่างๆ ที่เกิดขึ้นตลอดระยะเวลาดำเนินโรค รวมถึงภาวะด้านจิตใจสังคมและจิตวิญญาณ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วย

ผู้ศึกษาได้ใช้ทักษะและความรู้ขั้นสูง โดยเฉพาะการใช้ทักษะในการจัดการและควบคุมอาการที่เกิดขึ้น

ดูแลช่วยเหลือบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ ทำการสอนและฝึกทักษะให้แก่ครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ให้การดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้ทักษะการสื่อสารด้านการให้ข้อมูล การเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยเป็นตัวกลางประสานงานกับแพทย์ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม ประสานงานกับทีมร่วมดูแล เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดการให้การช่วยเหลือมีการกำหนดผลลัพธ์ ตัวชี้วัดทางการพยาบาล และติดตามประเมินผลลัพธ์ของการดูแล ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย จนกระทั่งเสียชีวิต ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลโดยการติดตามให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจนสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียได้ รวมทั้งมีการติดตามประเมินคุณภาพชีวิตซึ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้ายของการให้การดูแล โดยใช้เครื่องมือในประเมินและใช้วัดผลลัพธ์เป็นที่น่าเชื่อถือทำการวิเคราะห์และประเมินผลที่ได้รับจากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีตามมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม

กรณีศึกษา ผู้ศึกษาทำการคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ในครั้งแรกว่าเป็นมะเร็งปอดระยะลุกลามจำนวน 1 ราย โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทั้งด้านปัญหาสุขภาพและด้านจิตสังคม ผู้ศึกษาแนะนำตัวกับผู้ป่วยและครอบครัว ขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา รวบรวมประวัติความเจ็บป่วย และนำองค์ความรู้แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง มาประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่วินิจฉัยเริ่มต้นของการรักษา โดยเริ่มตั้งแต่เมื่อได้รับการส่งปรึกษาเพื่อให้ร่วมดูแลผู้ป่วยจาก

นั้นติดตามให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยเสียชีวิต และติดตามประเมินภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียของญาติจนสามารถปรับตัวได้

**ข้อมูลทั่วไป:** ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 81 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา อาชีพแม่บ้าน ภูมิลำเนา กรุงเทพมหานคร

**อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล:** เหนื่อยมาก นอนราบไม่ได้มา 2 วัน แพทย์ให้การวินิจฉัยแรกรับว่ามีภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion)

**ประวัติการเจ็บป่วย:** 7 เดือนก่อนมีอาการปวดบริเวณต้นคอด้านหลังร้าวไปที่ศีรษะและไหล่ มีอาการไอแห้ง ๆ ไม่มีเลือดปน ไม่เจ็บหน้าอก รับประทานอาหารได้น้อยมีน้ำหนักลดลง 6 กิโลกรัม ภายใน 3 เดือน

6 เดือนก่อนสังเกตหน้าบวมมากหลังตื่นนอน ตอนเช้า แขน-ขาไม่บวม ไม่มีเสียงแหบ ไอแห้ง ๆ ไม่มีเลือดปน ปวดต้นคอด้านหลังร้าวไปศีรษะ ไม่มีแขน-ขาอ่อนแรง ทำงานบ้านได้น้อยลง เหนื่อยมากขึ้น CXR พบมีก้อนที่ปอดข้างขวา ทำ chest CT scan พบก้อนเนื้ออวัยวะขนาดใหญ่ ที่ขั้วปอดด้านขวา และมีการลุกลามไปที่ปอดทั้งสองข้าง chest CT scan: large right hilar mass (6.5×5.9×8.8 cm.) and metastasis in both lungs, mediastinal nodes คลำพบต่อมน้ำเหลืองข้างคอด้านขวาโต จึงเจาะและส่งชิ้นเนื้อตรวจ ผลเป็น adenocarcinoma ส่งปรึกษาแผนกอายุรกรรมเคมีบำบัด เพื่อให้ยาเคมีบำบัด แพทย์วินิจฉัยเป็นมะเร็งปอดระยะลุกลามและมีเส้นเลือดดำใหญ่อุดตัน (non-small cell lung cancer stage 4, T4N3M1 with superior vena cava obstruction) วางแผนการรักษาเบื้องต้นโดยการฉายแสง 10 ครั้ง (palliative radiotherapy for superior vena cava obstruction) ต่อด้วยการใช้ยาเคมีบำบัด (palliative chemotherapy) ต่อมาพบมีการกระจายของเซลล์มะเร็ง

ไปเยื่อหุ้มปอดทำให้เริ่มมีภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด มีการตีบอย่างรุนแรงของเส้นเลือด superior vena cava มากขึ้น มีลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือดดำบริเวณคอ ไหล่ลำร่ารักแร้แขนขวา และมีการกระจายไปที่ตับ ต่อม น้ำเหลืองในช่องท้องจึงเริ่มการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด clexane 0.6 ml ฉีดเข้าใต้ผิวหนังวันละครั้ง อาการบวมบริเวณใบหน้ายุบลง

5 เดือนก่อนมาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยและญาติได้รับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางและความเป็นไปได้ในการรักษา 3 แนวทางคือ 1) การใช้ยาแบบมุ่งเป้า ซึ่งเป็นยาต้านมะเร็งแบบรับประทาน ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้พบได้น้อยแตกต่างจากยาเคมีบำบัดเนื่องจากออกฤทธิ์โดยตรงกับเซลล์มะเร็ง แต่ในการรักษาหากเลือกนำมาใช้เป็นตัวแรกต้องเสียค่าใช้จ่ายค่ายาเอง เนื่องจากเป็นยาที่มีราคาสูงและไม่สามารถเบิกได้ 2) การใช้เคมีบำบัดทางหลอดเลือดดำวันละครั้งทุก ๆ สามสัปดาห์จำนวน 6 รอบ ซึ่งผลข้างเคียงมีมากกว่าการใช้ยาแบบมุ่งเป้า ถ้าพบว่าการตอบสนองของโรคต่อตัวยาเคมีบำบัดไม่ดี จึงเปลี่ยนมาใช้ยาแบบมุ่งเป้าซึ่งจะสามารถเบิกได้ตามสิทธิ์ 3) ดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสุขสบาย บรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเช่นหากมีอาการเหนื่อยหอบ อาการปวด แพทย์จะใช้ยาในกลุ่มมอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการ ซึ่งสามารถรับการดูแลแบบประคับประคองร่วมกันไปกับการรับยาได้ หลังจากได้รับทราบข้อมูล ผู้ป่วยและญาติขอเวลาคิดทบทวนเพื่อตัดสินใจ

4 เดือนก่อน ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา มีอาการเหนื่อยมากขึ้น นอนราบไม่ได้ มาแผนกฉุกเฉินพบมีภาวะน้ำท่วมปอดขวา (right pleural effusion) แพทย์เจาะน้ำจากปอดออกแล้ว ให้กลับบ้านระหว่างนั้นผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนแต่มีปัญหาค่าใช้จ่ายส่วนเกินสูง จึงกลับมารักษาที่โรงพยาบาลรามธิบดีอีกครั้ง ตัดสินใจเลือกการรักษา

โดยใช้เคมีบำบัดก่อนแล้วต่อยาแบบมุ่งเป้า เนื่องจากค่าใช้จ่ายยาแบบมุ่งเป้ามีราคาสูง แพทย์ส่งปรึกษาผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ผู้ศึกษา) เพื่อให้ข้อมูลในการวางแผนดูแลร่วมกัน แพทย์เริ่มการรักษาด้วยการใช้ยาเคมีบำบัดทุก 3 สัปดาห์ และนัดเพื่อติดตามประเมินอาการทุกเดือน ต่อมาผู้ป่วยเริ่มมีปัญหาเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ มาแผนกฉุกเฉินเดือนละครั้งด้วยปัญหาน้ำท่วมปอด ได้รับการเจาะน้ำจากปอดออก รวมทั้งหมด 3 ครั้ง

2 วันก่อนมีอาการเหนื่อยมาก นอนราบไม่ได้ต้องนอนศีรษะสูง ไอแห้ง ๆ ไม่มีไข้ สังเกตแขนขา ทั้ง 2 ข้างบวมเล็กน้อย ตา และตัวเหลืองขึ้น รู้สึกตัวดี ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล มาที่แผนกฉุกเฉินพบมีน้ำท่วมปอด จึงเจาะปอดอีกเป็นครั้งที่ 4 รับไว้เป็นผู้ป่วยใน วางแผนการรักษาในเบื้องต้นโดยการใส่สายระบายน้ำจากปอด (percutaneous drainage: PCD)

**ประวัติเจ็บป่วยในอดีต:** ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง มาประมาณ 10 ปี มียารับประทานได้แก่ glipizide (5 mg) 1x 1 เช้า Januvia (100 mg) 1 x 1 เช้า และ atorvastatin (40 mg) 0.5 x 1 เช้า ร่วมกับการควบคุมอาหาร โดยการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค ไม่เคยมีปัญหาภาวะสุขภาพหรือโรคแทรกซ้อนใดๆ เคยผ่าตัดก้อนเนื้อที่ไตเมื่อ 40 ปีก่อน ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร และสารเคมีใดๆ ปฏิเสธการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา สมาชิกในครอบครัวไม่มีประวัติโรคติดต่อร้ายแรงหรือโรคมะเร็ง

**ลักษณะครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และแหล่งประโยชน์:** ผู้ป่วยและสามี มีบุตรด้วยกัน 4 คน และหลาน 4 คน อาศัยอยู่บ้านเดี่ยวชั้นเดียวของตนเองในแหล่งชุมชนเมืองการคมนาคมสะดวก เป็นครอบครัวขยาย มีสมาชิกอยู่รวมกันทั้งหมด 7 คน (ผู้ป่วย สามี บุตรชาย บุตรสาว สะใภ้ และหลาน 2 คน) ฐานะครอบครัวของผู้ป่วยและบุตรทุกคนอยู่ในเกณฑ์ดี

ผู้ป่วยเป็นผู้ดูแลหลักของสามีที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองนอนติดเตียง รู้สึกตัวไม่ทำตามสั่ง รายได้หลักของครอบครัวมาจากบุตร ประมาณ 20,000 บาท/เดือน สมาชิกในครอบครัวทุกคนรักใคร่กันดี ไม่มีปัญหาใดๆ โดยใช้สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการโครงการเบิกจ่ายตรง จากสิทธิ์ของสามีที่เป็นข้าราชการบำนาญ

**อัตมโนทัศน์ต่อความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด การปรับตัว และความเชื่อ:** ผู้ป่วยเดิมมีสุขภาพแข็งแรงสามารถดูแลตนเองควบคุมโรคประจำตัวได้ มีความจำและความสามารถในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ และเอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพของตนเองเป็นอย่างดี รับประทานยาสม่ำเสมอ และรับประทานอาหารเฉพาะโรคตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด มีความเชื่อเรื่องบาปบุญ ชอบไปวัดปฏิบัติธรรมสม่ำเสมอ ช่วงสามีป่วยจะไปเฉพาะวันสำคัญทางศาสนา เวลาอยู่บ้านจะเปิดธรรมะฟังบ่อยๆ เมื่อทราบว่าตนเป็นมะเร็งปอดระยะลุกลาม มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา รวมถึงอาการในระยะท้ายซึ่งไม่อยากทรมาน หากภาวะสุดท้ายมาถึงผู้ป่วยมีความต้องการเสียชีวิตที่บ้าน

**ผลการตรวจร่างกายแรกรับ:** ผู้ป่วยหญิงไทย สูงอายุ รูปร่างผอม ดัชนีมวลกาย 15.11 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (น้ำหนัก 34 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร) พูดคุยถามตอบรู้เรื่องดี การแสดงออกของอารมณ์ปกติ ใบหน้าบวมเล็กน้อย เยื่อตาขาวเหลืองเล็กน้อย การมองเห็นและการได้ยินปกติ ริมฝีปากซีด ปากแห้ง ใฝ่ฟันปลอมทั้งปาก ภายในปากไม่มีแผล เยื่อช่องปากปกติ คลำพบต่อมน้ำเหลืองที่คอข้างขวาโต กดไม่เจ็บ หลอดลมอยู่ตรงกลางคอ มีหอบเหนื่อย ใช้กล้ามเนื้อหน้าอกช่วยในการหายใจ อัตราการหายใจ 24-28 ครั้งต่อนาที เสียงการหายใจปอดด้านขวาเบากว่าด้านซ้าย เคาะปอดขวามีเสียงทึบ ผิวหนังบริเวณหน้าอกมองเห็นเส้นเลือดชัดเจน ระบบหัวใจและหลอดเลือดปกติ เสียงหัวใจปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท

ระบบทางเดินอาหารปกติ บริเวณหน้าท้องไม่มีรอย ผ่าตัด คลำบริเวณท้องนุ่ม คลำพบตับเกินชายโครง 3 นิ้วมือ กล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองข้างอ่อนแรงเล็กน้อย สีผิวค่อนข้างเหลืองเล็กน้อย บริเวณแขนและขาทั้ง 2 ข้างบวม กดบ่มระดับ 1 อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน Palliative Performance Scale (PPS) = 60% หมายถึง ผู้ป่วยมีความสามารถในการ เคลื่อนไหวลดลง ไม่สามารถทำงานอดิเรกได้ตามปกติ แต่ยังสามารถช่วยตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือบางครั้ง เริ่มมีอาการ แสดงของโรค ได้แก่ เหนื่อยมากขึ้นโดยไม่สัมพันธ์กับการทำกิจวัตรประจำวัน ยังรับประทานอาหารทางปากได้ มีระดับความรู้สึกตัวเป็นปกติ

### การประยุกต์ใช้สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา

ผู้ศึกษาได้นำสมรรถนะหลักของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทั้ง 9 ด้าน มาประยุกต์กับสมรรถนะที่ จำเป็นและสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4 ด้าน<sup>9</sup> ในการวางแผนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อ ตอบสนองความต้องการอย่างเป็นองค์รวม นำไปสู่ ผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และคุณภาพดังนี้

1. สมรรถนะด้านการประเมินและการวางแผน การดูแล เป็นการประเมินปัญหาและวางแผนการดูแล ผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ผู้ศึกษาใช้สมรรถนะของ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงทำหน้าที่ให้การดูแลกลุ่ม เป้าหมาย ด้านการประเมินและวางแผนการดูแลโดยใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ เลือกใช้เครื่องมือประเมินที่ดีและ เหมาะสม รวมทั้งการกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการ มีการ ทบทวนและติดตามแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำ หน้าที่ประสานงานร่วมกันกับทีมการดูแล รวมถึงการ

เสริมสร้างพลังอำนาจ สอนและฝึกทักษะ เพื่อพัฒนา ศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแล ตนเองโดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีและหลักฐานเชิง ประจักษ์

2. สมรรถนะด้านทักษะการสื่อสาร ผู้ศึกษาใช้ สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านความ สามารถในการเป็นที่ปรึกษา และให้ข้อมูลเหตุผลทาง จริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการวางแผน ให้การช่วยเหลือโดยใช้ทักษะด้านการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพบนพื้นฐานการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (advocate) คำนึงถึงประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเปิดเผยความจริง และการปกปิดความลับ การ ตัดสินใจปฏิเสธหรือเลือกแนวทางการรักษาในวาระ สุดท้าย โดยการให้ข้อมูลต่างๆ ที่เป็นความจริงเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย ข้อดีและข้อด้อยในทางเลือกต่างๆ โดย ประเมินการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับว่า เข้าใจตรงตามความเป็นจริงหรือไม่จากการวางแผนการ ดูแลล่วงหน้าในอนาคต ให้ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอและ ต่อเนื่องในเรื่องความเปลี่ยนแปลงอาการและอาการ แสดงในระยะท้ายของผู้ป่วย ความก้าวหน้าของการ ดำเนินโรค แผนการรักษาของแพทย์ รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราว ชีวิตที่ผ่านมา รับฟังความคิดเห็นและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเลือกแผนการดูแลรักษา ด้วยตนเอง ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แสดงออกถึงความเคารพในคุณค่าและความเป็นบุคคล ของผู้ป่วย โดยใช้หลักการสนทนาแบบเอื้ออาทร อ่อนน้อม อ่อนโยน เห็นอก เห็นใจ และจริงใจ

ประเมินความตระหนักรู้ต่อความตาย เพื่อ ส่งเสริมความเข้มแข็งและความผาสุกทางจิตวิญญาณ ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจรู้สึกว่าตน สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และตัดสินใจ เลือกแนวทางการรักษาในระยะสุดท้ายแบบไม่ต้อง ทรมาน แสดงความปรารถนาที่จะกลับไปใช้ชีวิตในวาระ

สุดท้ายที่บ้าน และได้ทำหนังสือแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาในวาระสุดท้ายที่เป็นไปเพียงเพื่อยื้อการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต สมาชิกในครอบครัวทุกคนได้ให้การยอมรับในการตัดสินใจของผู้ป่วย รวมถึงส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนเป็นที่น่าภาคภูมิใจทั้งต่อตัวผู้ป่วยที่ได้รับการยอมรับการตัดสินใจด้วยตนเอง โดยมีครอบครัวมีส่วนร่วมในการรับทราบการตัดสินใจเลือกแผนการดูแลสุขภาพในระยะท้าย ส่งผลต่อทีมผู้ให้การดูแลที่รับทราบข้อมูลเพื่อวางแผนการให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

3. สมรรถนะด้านการจัดการกับอาการ ผู้ศึกษาใช้สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงดำเนินการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ทำการประเมินความรุนแรงของอาการ หอบเหนื่อย ปวดอ่อนล้า ประสิทธิภาพอาการ วิธีการจัดการอาการด้วยตนเอง รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคของการจัดการกับอาการทุกครั้ง โดยใช้แบบประเมินอาการเพื่อสามารถช่วยแก้ไข้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างทันที่ทำการประเมินอาการและผลกระทบของอาการต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งสังเกตอาการแสดงต่างๆที่เกิดขึ้นจากนั้น สอนและแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการจัดการอาการ สอนวิธีการใช้แบบประเมินอาการแก่ญาติผู้ดูแล โดยวิธีการสอบถามและสังเกต รวมทั้งการแปลความหมายของค่าคะแนนที่เกิดขึ้น เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นที่บ้าน สอนและฝึกทักษะการดูแลและจัดการอาการโดยใช้ยาและไม่ใช้ยา ในการดูแลและจัดการอาการที่เกิดขึ้นโดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ แนะนำแหล่งสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติมหรือแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพและแหล่งจำหน่าย/เช่าซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ให้หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง ในกรณีที่มีปัญหาที่ไม่สามารถ

จัดการได้ในสถานการณ์ฉุกเฉิน เสริมสร้างพลังอำนาจกับผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลและจัดการอาการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการร่วมมือในการทำงานเป็นทีม โดยติดต่อประสานงานกับแพทย์ในการปรับ ลดยาเพื่อให้สอดคล้องกับอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ

4. สมรรถนะด้านการวางแผนการรักษาล่วงหน้า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการรักษาล่วงหน้านั้นพยาบาลต้องมีความเข้าใจในวิถีความเจ็บป่วย ของผู้ป่วยโรคมะเร็งและโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง ซึ่งพบว่ามี ความแตกต่างกัน สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดนั้นจะมีภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำหน้าที่ได้คงที่เป็นเวลานาน และจะมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเข้าสู่ระยะลุกลาม ซึ่งมักเกิดช่วง 4-5 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิต การให้ความสำคัญกับการควบคุมหรือบรรเทาอาการ (symptom control) การจัดการตัวโรค (disease management) และให้การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม อารมณ์และจิตวิญญาณ (psycho-social and spiritual care) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการวางแผนการรักษาล่วงหน้า<sup>12</sup>

กรณีศึกษารายนี้ วางแผนให้การช่วยเหลือภายหลังได้รับการส่งปรึกษาจากแพทย์ผู้ดูแล โดยเริ่มจากการให้ข้อมูลเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ทบทวนความเข้าใจความต้องการการดูแลแบบประคับประคองอีกครั้ง ประเมินปัญหาและความต้องการเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกันในอนาคต (advanced care planning: ACP)<sup>4</sup> โดยการทบทวนเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาแบบประคับประคอง วัตถุประสงค์การใช้ยาแบบมุ่งเป้า ตามแผนการรักษาของแพทย์ เปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นที่ต้องการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อน ระหว่าง และหลังเข้าสู่กระบวนการรักษา สรุปเป้าหมายการดูแลและความต้องการการดูแลในระยะท้ายของผู้ป่วยและครอบครัว<sup>13</sup>



ประสานงานกับทีมจัดเตรียมความพร้อมในการดูแลระยะท้าย ในด้านการเตรียมเอกสารที่จำเป็นเช่นใบรับรองแพทย์ การเตรียมทีมพยาบาลไปเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล แนะนำแหล่งประโยชน์ที่สามารถสืบค้นข้อมูลเพิ่มเติม รวมทั้งสถานที่ใกล้บ้านในการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง และไปเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบได้ตามความประสงค์ของผู้ป่วยและครอบครัว

วิเคราะห์สถานการณ์ความเจ็บป่วยประเด็นปัญหาโดยใช้สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา

จากประวัติและการตรวจเพิ่มเติม แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดในระยะลุกลามและมีเส้นเลือดดำใหญ่อุดตัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปอดมักพบแพทย์เมื่อโรคเข้าสู่ในระยะลุกลาม<sup>1</sup> แนวทางการรักษาจึงเป็นไปเพื่อประคับประคองไม่ให้โรคลุกลามเร็วขึ้น หรือเพื่อบรรเทาอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานหลังการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางการรักษา ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเลือกใช้ยาเคมีบำบัดต่อการรักษาแบบมุ่งเป้า เนื่องจากเซลล์มะเร็งเป็นชนิด adenocarcinomaซึ่งมีการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี ผลข้างเคียงจากยาแบบมุ่งเป้ามีไม่มากอีกทั้งมีระยะเวลาการควบคุมโรค 10-14 เดือน (progression free survival: PFS)<sup>14</sup> ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากโรคที่มีการลุกลามมากขึ้นและผู้ป่วยมีอาการแย่งแพทย์จึงส่งปรึกษาผู้ศึกษา โดยการใช้โทรศัพท์แจ้งมาที่ผู้ศึกษาโดยตรง จากนั้นผู้ศึกษาเดินทางไปพบผู้ป่วยและญาติที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แนะนำตัวและบอกวัตถุประสงค์รวมทั้งทำการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ความช่วยเหลือตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองจากการประเมินพบปัญหาดังนี้

1. มีการอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ซูพีเรียวีนาคาวา จากผล Chest CT scan and abdomen: severe stenosis of superior vena cava and occlusion of

azygous vein with thrombosis along bilateral IJV, subclavian and brachiocephalic veins multiple liver metastasis, multiple enlarged intra-abdominal lymph node ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องรีบให้การรักษาโดยด่วน<sup>14</sup> สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดชนิดไม่ใช่เซลล์เล็กในระยะลุกลาม พบได้ถึงร้อยละ 60-85 ตามหลักการดูแลแบบประคับประคอง เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญเพื่อการคงไว้ซึ่งอัตราการรอดชีวิตจากภาวะฉุกเฉินที่สามารถแก้ไขได้<sup>15</sup> แพทย์เริ่มการรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดดำใหญ่ superior vena cava ตีบตัน จากการอุดตันของลิ้มเลือด ซึ่งเมื่อเกิดการอุดตันทำให้เกิดการบวมบริเวณใบหน้า หรือแน่นที่ศีรษะได้ เป็นสาเหตุของอาการหายใจลำบาก ไอเจ็บหน้าอกหรือคลื่นลำบากร้าวโรคมืดความรุนแรงมากจนทำให้มีปัญหาด้านเดินหายใจหรือสมองบวม น้ำผู้ป่วยอาจมีอาการปวดศีรษะสับสนจนถึงขั้นโคม่าได้<sup>14</sup> ดังนั้นจึงต้องรีบให้การรักษาโดยด่วน

2. ภาวะหายใจลำบาก เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการหายใจที่ไม่สะดวก ไม่โล่ง หายใจตื้นสั้นไม่เต็มอิ่ม ไม่เต็มปอด รู้สึกไม่สบายจนต้องออกแรงหายใจเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ ซึ่งอาจเกิดในขณะออกแรงหรือขณะอยู่เฉยๆ เป็นอาการที่บ่งชี้ว่าโรคมืดความรุนแรงขึ้น มีรายงานว่า เป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ป่วยรู้สึกกลัวมากที่สุด ในภาวะใกล้ตาย<sup>16,17</sup> ในผู้ป่วย NSCLC ระยะลุกลามพบได้บ่อยเป็นอันดับ 3 รองจากอาการเหนื่อยล้า และเบื่ออาหาร<sup>4,5</sup> ภาวะหายใจลำบากมีสาเหตุจากตัวโรคที่ลุกลาม ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่เนื้อปอดทำให้ปอดมีความสามารถในการยืดหยุ่นลดลง และยังมีภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดคั่งซึ่งเกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปสู่ชั้นของเยื่อหุ้มปอด (parietal pleura) จากผล CXR (16-21 พฤศจิกายน 2557): right pleural effusion ทำให้เกิดการอุดตันขัดขวางการไหลกลับของเหลว ปริมาณ

ของเหลวที่มากจะไปเบียดเนื้อปอด ส่งผลให้ปริมาตรปอดลดลงและปอดขยายตัวได้น้อยลงในกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีบวมที่ใบหน้าและเริ่มมีอาการเหนื่อยมากขึ้นนอนราบไม่ได้ ตรวจพบมีการกระจายของเซลล์มะเร็งไปเยื่อหุ้มปอดทำให้เริ่มมีภาวะน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดคั่งทำให้ปอดขยายตัวได้น้อยลงนอกจากนี้สาเหตุของภาวะหายใจลำบากยังเกิดจากภาวะซีด ซึ่งพบว่ามีการลดลงของเม็ดเลือดและเกร็ดเลือดร่วมด้วย (bicytopenia) เนื่องจากการได้รับเคมีบำบัดมา 20 วัน ซึ่งระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ที่ลดลงส่งผลให้การขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พบว่าอาการหายใจลำบากมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ทำให้เพิ่มแรงขับในการหายใจล้ามนเนื้อหายใจทำงานหนักและมีความต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้นหากมีภาวะหายใจลำบากมากขึ้นระดับความวิตกกังวลจะสูงขึ้นด้วยเช่นกัน<sup>6</sup>

ปัญหาที่มีการอุดตันของหลอดเลือดดำใหญ่ซูพีเรียวีนาคาวา และภาวะหายใจลำบาก ผู้ป่วยได้รับการรักษาสาเหตุหลักของภาวะหายใจลำบากโดยการใส่สายระบายน้ำจากปอด ที่ปอดด้านขวา และได้รับการรักษาสาเหตุร่วม เช่น ภาวะซีด โดยการให้เลือดชดเชยและตรวจความสมบูรณ์ของส่วนประกอบของเลือดเป็นระยะได้รับยามอร์ฟินในการบรรเทาอาการหายใจลำบากวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือโดยการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยตามสาเหตุและความรุนแรงของอาการหายใจลำบากที่สอดคล้องกันกับแผนการรักษาของแพทย์ประเมินระดับความรุนแรงของอาการโดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางสายใส่จมูก 3-5 ลิตรต่อนาทีติดตามประเมินสัญญาณชีพและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ ประเมินการทำงานของสายระบายของเหลวจากทรวงอก ติดตามความก้าวหน้าของอาการ และผลลัพธ์จากการให้การพยาบาลโดยใช้แบบประเมินทุกครั้ง ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ

การเกิดอาการ สอนและฝึกทักษะให้ผู้ป่วย ในการจัดการกับอาการหายใจลำบากด้วยตนเองแบบไม่ใช้ยา ในช่วงที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ เช่น จัดทำศีรษะสูง เปิดพัดลมส่ายให้พัดโดนบริเวณใบหน้า<sup>1-8</sup> ซึ่งลมจะช่วยกระตุ้นเส้นประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณใบหน้า ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายลง สอนให้เรียนรู้วิธีการผ่อนคลายทางจิตใจ ทำให้ใจให้โล่ง โปร่ง เบา โดยสูดลมหายใจเข้า ออก สึก ๆ ยาว ๆ ฝึกควบคุมการหายใจ เป็นการเรียนรู้วิถีการเผชิญปัญหา ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถที่จะรับมือกับอาการเหนื่อยหอบ ลดความทรมานจากอาการทางร่างกายและปรับสภาวะอารมณ์ลงได้<sup>19,20</sup> ทบทวนการบริหารยาที่ผู้ป่วยควรได้รับเพื่อจัดการอาการ โดยประสานการทำงานร่วมกันกับแพทย์เรื่องการใช้ยาในการรักษาภาวะหายใจลำบาก อย่างเหมาะสม ในผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับยามอร์ฟิน ซึ่งเป็นยาที่มีหลักฐานสนับสนุนในการช่วยบรรเทาอาการหายใจลำบากได้ดีที่สุด ลดความวิตกกังวลโดยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับตัวโรคและแผนการรักษาตามความเหมาะสม เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง<sup>22</sup>

ผลลัพธ์ที่ได้ คือผู้ป่วยมีความรู้ในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำจากพยาบาล อาการเหนื่อยบรรเทาลง (ESAS; dyspnea = 7/10 เหลือ 3/10 คะแนน) และมีระดับความวิตกกังวลลดลง (ESAS; anxiety = 5/10 เหลือ 2/10 คะแนน) แต่ยังคงต้องติดตามประเมินผลลัพธ์ในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินปัญหาและให้ความต้องการอื่น ๆ

3. ปวดบริเวณที่ใส่สายระบายจากทรวงอก ซึ่งอาการปวด เป็นประสบการณ์ของบุคคลที่บรรยายความไม่สุขสบายทั้งด้านความรู้สึกและอารมณ์ที่สัมพันธ์กับการบาดเจ็บหรือการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ เป็นหนึ่งใน

อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์<sup>17</sup> พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการรักษาจะมีอาการปวดถึงร้อยละ 70-90<sup>23</sup> และพบได้บ่อยในมะเร็งระยะสุดท้ายถึงร้อยละ 34-96 ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับความปวดที่ปานกลางถึงรุนแรง

ในการดูแลช่วยเหลือเริ่มจากการประเมินโดยสังเกตอาการแสดงหรือท่าทางผู้ป่วยร่วมกับการใช้แบบประเมิน ESAS เนื่องจากสามารถประเมินอาการปวดและอาการอื่น ๆ ที่มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดอาการปวดได้ เช่น อาการทางจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด จากนั้นดูแลจัดการอาการปวดตามบันไดความปวดขององค์การอนามัยโลก (WHO ladder) ทั้งการให้ยาและไม่ให้ยา<sup>24</sup> โดยให้ยามอร์ฟีนบรรเทาอาการปวด ภายใต้คำแนะนำของพยาบาลเกี่ยวกับวิธีการประเมินอาการก่อนและหลังได้รับยา รวมถึงวิธีการบริหารยาทั้งยามอร์ฟีนชนิดเม็ด (morphine sulphate tablets: MST) และยามอร์ฟีนชนิดน้ำ (morphine sulphate oral solution: MSS) รวมทั้งสอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้วิธีการบรรเทาอาการปวดด้วยการผ่อนคลายโดยการหายใจยาว ๆ ให้ผู้ป่วยนอนหรือนั่งศีรษะสูงในท่าที่สบาย ๆ หายใจเข้า-ออก ช้า ๆ ลึก ๆ หรือวิธีการฟังดนตรีเบา ๆ การพูดคุยเบี่ยงเบนความสนใจไปจากความปวด การกำหนดสมาธิตามรู้อาการที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติตามความชอบสอดคล้องกับสภาพความเจ็บป่วยในขณะนั้น<sup>19</sup> ประเมินบาดแผลลักษณะและจำนวนของแผลเพื่อประเมินว่ามีภาวะติดเชื้อร่วมด้วยหรือไม่ ซึ่งภาวะติดเชื้อที่แผลจะทำให้ปวดเพิ่มขึ้นได้ รวมทั้งติดตามประเมินสัญญาณชีพ สอนวิธีการเคลื่อนไหว เวลาผู้ป่วยขยับตัว โดยใช้หมอนประคองบริเวณหน้าอกหรือกอดไว้ เพื่อลดการกระทบกระเทือนแผล<sup>25</sup> อธิบายปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้อาการปวดเพิ่มขึ้นหรือลดลง เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและค้นหาวิธีจัดการอาการปวดให้ทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยคลายความกังวลลง

ผลลัพธ์ที่ได้คือปวดลดลงเหลือ 3/10 คะแนนพักผ่อนได้ ทำทางผ่อนคลายไม่รู้สึกรำคาญใจ มีความรู้เพิ่มขึ้นในการจัดการความปวดโดยวิธีไม่ใช้ยา ในผู้ป่วยรายนี้เลือกวิธีการฝึกหายใจยาว ๆ เวลาปวด ทำให้บรรเทาอาการลงได้ปัญหานี้ได้รับการจัดการที่เหมาะสมด้วยการให้ยามอร์ฟีนชนิดและเม็ด และมอร์ฟีนชนิดน้ำ บรรเทาอาการปวด แต่ยังคงไม่หมดไปต้องติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง

4. ภาวะเหนื่อยล้า เป็นการรับรู้ของบุคคลในการทำกิจกรรมได้ลดลง รู้สึกเหน็ดเหนื่อยอ่อนเพลียมาก และก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ความเหนื่อยล้าดังกล่าวไม่สัมพันธ์กับกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย แต่เป็นอาการที่เกิดอย่างเฉียบพลันหรือเรื้อรัง<sup>26</sup> ซึ่งพบได้บ่อยเป็นอันดับ 1 ในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะท้าย<sup>4,5</sup> ในกรณีศึกษา รายนี้ผู้ป่วยมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดคั่งซึ่งทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ การกำซาบของออกซิเจนสู่เนื้อเยื่อลดลง อีกทั้งยาเคมีบำบัดกดการทำงานของไขกระดูกทำให้การสร้างส่วนประกอบของเลือดลดลงเกิดภาวะซีด ผู้ป่วยจะรู้สึกเพลีย เหนื่อยง่าย และมีความทนทานต่อกิจกรรมลดลง

วางแผนให้การดูแลช่วยเหลือ โดยประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน PPS และประเมินอาการโดยใช้แบบประเมิน ESAS ทุกครั้งเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการทำกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม แบ่งกิจกรรมให้ทำเบา ๆ ช่วงสั้น ๆ กำหนดเวลาพักผ่อน ให้อยู่ห่างจากกิจกรรมเมื่อรู้สึกเหนื่อยเพื่อสงวนพลังงานให้มากที่สุด ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันเท่าที่จำเป็น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมเองโดยเน้นกิจกรรมที่ออกแรงน้อย เช่น รับประทานอาหารเอง หยิบของใช้ส่วนตัวใกล้ ๆ มือ ใส่เสื้อผ้าเอง ติดตามประเมินสัญญาณชีพและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับยาและอาหารที่จำเป็นให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และสาเหตุของอาการเหนื่อยล้าที่ส่งผลต่อความทนในกิจกรรมลดลง

## กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคับประคอง: บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

สอนวิธีแก้ไขโดยไม่ใช้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลและจัดการอาการอ่อนล้าได้ด้วยตนเอง โดยการออกกำลังกายเบา ๆ เช่นยืดเหยียดแขนขาบนเตียง<sup>25</sup> จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม โดยวางอุปกรณ์ของใช้ไว้ใกล้ตัวผู้ป่วยและให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากไม่มีแรงด้วย<sup>26</sup>

ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการ แต่ยังมีภาวะซีดอยู่เนื่องจากผลกระทบของการรักษารวมถึงมีภาวะโภชนาการไม่ดี แต่การได้รับรู้ข้อมูลและคำแนะนำที่มีประโยชน์ส่งผลผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักในภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น ญาติช่วยจัดอาหารเพื่อส่งเสริมการสร้างการสร้างเม็ดเลือด ผู้ป่วยมีการระมัดระวังการเคลื่อนไหวของ ทำให้ไม่เกิดอุบัติเหตุ<sup>27</sup>

5. ภาวะพร่องโภชนาการ ในผู้ป่วยมะเร็งพบภาวะขาดโปรตีนและพลังงานแบบทุติยภูมิได้บ่อย มีสาเหตุจากการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย และอาจนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการจากโรคมะเร็งในที่สุด (cancer cachexia) ซึ่งพบว่าภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 80 เนื่องจากเซลล์มะเร็งมีการหลั่งสารไซโตไคน์ (cytokines) ซึ่งเกิดจากการตอบสนองต่อภาวะการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคมะเร็ง มีส่วนเกี่ยวข้องทำให้เกิดการสลายมวลกล้ามเนื้อลายและเซลล์ไขมัน เร่งกระบวนการเผาผลาญเพิ่มขึ้น กระบวนการเสริมสร้างลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีร่างกายซูบผอม ไม่มีกล้ามเนื้อและไขมัน<sup>14</sup> ในกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยน้ำหนักลดลง 14 กิโลกรัมภายใน 6 เดือน มีท่าทางอ่อนเพลีย ซูบผอม เยื่อตาซีด เหลืองเล็กน้อย แขนขาบวม กดบวม เห็นได้ว่ามีภาวะขาดสารอาหารได้แก่ อาการบวมจากโปรตีนในกระแสเลือดต่ำ มีผลทำให้เกิดการดึงน้ำกลับเข้าสู่เซลล์ไม่ได้ส่งผลให้มีน้ำออกนอกเซลล์

วางแผนให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะทุพโภชนาการจากโรคมะเร็ง โดย

ประเมินภาวะพร่องโภชนาการและอาการขาดสารอาหารอย่างสม่ำเสมอ เช่น อาการบวมจากโปรตีนในเลือดต่ำ แขนและขาบวม กล้ามเนื้อลีบ เยื่อตาซีด คำนวณความต้องการพลังงานที่ร่างกายควรได้รับจริงต้องไม่น้อยกว่า 2,080 แคลลอรี่ต่อวัน<sup>28</sup> สำหรับผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับพลังงาน 2,180 แคลลอรี่ (สูตรสำหรับผู้ที่น้ำหนักมากกว่า 20 กิโลกรัม = 1,500 แคลลอรี่ + 20 แคลลอรี่ต่อกิโลกรัม แทนค่าในสูตร 1,500 + (20 × 34) = 1,500 + 680) ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และสารอาหารที่มีโปรตีนสูง ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ที่มีพลังงานสูงและสารอาหารครบ เช่น อาหารเสริมสำหรับผู้ป่วย แนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด หรือกลิ่นฉุน แนะนำดูแลความสะอาดของช่องปากเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร ประเมินสารน้ำที่เข้าออกจากร่างกาย และชั่งน้ำหนักผู้ป่วยทุกวันเพื่อประเมินภาวะบวมให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะพร่องโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง ว่าสามารถเกิดขึ้นได้ เนื่องจากความอยากอาหารลดลง เป็นผลจากตัวโรคและการรักษา<sup>22</sup>

ผลลัพธ์คือ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น เป็นร้อยละ 2/3 ถาด น้ำหนักคงเดิม ไม่มีอาการคลื่นไส้ แต่อาการบวมบริเวณแขนขายังคงอยู่เท่าเดิม ยังคงต้องติดตามประเมินต่อไป

6. ปัญหาด้านจิตใจและสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังระยะท้าย ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางร่างกายเท่านั้นยังส่งผลต่อจิตใจเช่นกันภายหลังที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาจากแพทย์และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ผู้ป่วยแสดงถึงความเข้าใจในสัจธรรมของชีวิต และเกิดปฏิกิริยาตอบสนองในระยะยอมรับ (acceptance) จนนำมาซึ่งการตัดสินใจเลือกการวางแผนในชีวิตล่วงหน้า ต่อมาพบว่า ผู้ป่วยวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

เนื่องจากมีอาการแสดงในระยะท้าย รู้สึกโศกเศร้ากังวล เรื่องระยะเวลาที่เหลืออยู่ แสดงให้เห็นว่ามีกลไกทางจิต ย้อนกลับไปสู่ระยะซึมเศร้า (depression) อีกครั้ง ซึ่ง คูเบอร์-รอล<sup>30</sup> ได้อธิบายในแต่ละระยะของความโศกเศร้า ว่าอาจย้อนกลับไปมาได้<sup>29</sup> นอกจากนี้พบว่าความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ในญาติผู้ดูแลเนื่องจากภาวะสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลที่ตนรัก ในกรณีศึกษาผู้ป่วยต้องการกลับไปใช้ชีวิตในระยะสุดท้ายที่บ้าน แต่ญาติไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย อีกทั้งมีสายระบายต่อออกจากทรวงอก จึงมีความวิตกกังวลต้องการข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

วางแผนให้การดูแลโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความโศกเศร้ารับฟังอย่างตั้งใจ เคารพในความเป็นส่วนตัว สังเกตปฏิกิริยาผู้ป่วย จัดกิจกรรมส่งเสริมจิตด้านจิตวิญญาณ โดยนิมนต์พระมารับสังฆทานจากผู้ป่วย เพื่อให้ได้ทำบุญตามความชอบ เพื่อลดความวิตกกังวลลง<sup>12</sup> ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาอีกครั้ง เพื่อทบทวนข้อมูลการรับรู้และการยอมรับ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแนะนำ และอธิบายในเรื่องแผนการรักษาแบบประคับประคอง แนะนำในเรื่องวิธีการดูแลเพื่อการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะท้าย รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้กลวิธีในการจัดการความเครียด วิตกกังวลด้วยตนเอง โดยใช้การทำสมาธิตามที่ผู้ป่วยชอบทำเป็นประจำเมื่อครั้งภาวะสุขภาพดี จะช่วยให้ความวิตกกังวลลดลงได้<sup>12</sup> ด้านญาติผู้ดูแลได้รับการประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนกลับ สอนและฝึกทักษะที่จำเป็น ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านเช่น วิธีการดูแลสายระบายน้ำจากปอด การสังเกตสี และจุดบันทึกปริมาณน้ำที่ออกจากสาย การเปลี่ยนขวดระบายใหม่วิธีการประเมิน และจัดการอาการในระยะท้ายที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น อาการเหนื่อยหอบ ปวด ท้องผูก เป็นต้น โดยวิธีการสอบถามและสังเกตรวมทั้งการแปลความหมายของ

ค่าคะแนนที่เกิดขึ้น เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา พร้อมให้คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเพื่อเก็บไว้ทบทวน<sup>12</sup> ประสานทีมเพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องในการเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามประเมินผลการให้คำแนะนำด้านข้อมูล และแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ<sup>33</sup> ประสานกับแพทย์เจ้าของไข้ในการทบทวนยาที่จำเป็น (เช่น ยามอร์ฟิน) ให้เพียงพอ และปรับลดยาที่ไม่มีความจำเป็นต่อผู้ป่วย (เช่น ยารักษาเบาหวาน) ให้เบอร์โทรศัพท์แก่ญาติ เพื่อติดต่อกรณีมีปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ ให้โทรศัพท์ปรึกษาได้ตลอดเวลา<sup>32</sup>

ผลลัพธ์ที่ได้คือผู้ป่วยมีความเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาได้ถูกต้อง ยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองตามความเป็นจริง เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น เรียนรู้ในการจัดการความวิตกกังวล ความเครียดที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ระดับความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับปานกลาง (ESAS=4/10 คะแนน)ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ติดตามประเมินปัญหาและความต้องการทางโทรศัพท์เป็นระยะให้การช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษาแนะนำวิธีการจัดการปัญหาที่พบและให้พยาบาลเยี่ยมบ้านไปประเมินวิธีการดูแลสายระบายน้ำจากปอดของญาติที่บ้านเพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (outcome management and evaluation)

### สรุปผลลัพธ์ในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้

ขอบเขตและมิติในการวัดผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองนั้น จะคำนึงถึงผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยในด้านภาวะทางสุขภาพ (clinical outcome) ร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ภายใต้วัฒนธรรมความเชื่อของแต่ละบุคคล ในด้านครอบครัวหรือผู้ดูแลจะคำนึงถึงผลกระทบต่อประเด็นของคุณภาพ

ชีวิต ความเป็นภาระด้านการดูแล ความรู้สึกเศร้าโศก ภายหลังการสูญเสีย และผลลัพธ์สุดท้ายคือการประเมินผลกระทบจากคุณภาพการดูแลของผู้ให้บริการ ด้านความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแล การวางแผนการดูแลล่วงหน้า ความต่อเนื่องในการดูแลและการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้สามารถประเมินผลลัพธ์ทั้ง 3 ด้าน<sup>15</sup> ดังนี้

1. ด้านผู้ป่วย ลดการนอนโรงพยาบาลลง ลดความรู้สึกรู้สึกทรมานจากการเพิ่มหัตถการอื่น ๆ ที่ไม่มีความจำเป็นลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการเจาะปอดหลาย ๆ ครั้งได้รับการตอบสนองตามความต้องการในระยะท้ายอย่างเป็นองค์รวม โดยได้กลับไปใช้ชีวิตที่บ้านตามความต้องการอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จนวาระสุดท้ายของชีวิต

2. ด้านญาติผู้ดูแล ได้รับทราบข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งความรู้ และการฝึกทักษะในการจัดการอาการในระยะท้าย โดยเฉพาะอาการเหนื่อยหอบทั้งวิธีการใช้ยา และไม่ใช้ยา เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองก่อนกลับบ้าน ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากทีม ลดภาระการดูแลผู้ป่วยลง ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เกิดความพึงพอใจในการให้การดูแล

3. ด้านคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาในระยะท้ายของชีวิตตามความต้องการของตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความช่วยเหลือจากทีมรวมทั้งคำแนะนำแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่มีความจำเป็น มีความต่อเนื่องในด้านการดูแล มีการทำงานเป็นทีม สร้างความพึงพอใจต่อผู้ป่วยและครอบครัว

## ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามแบบประคับประคองนั้น ควรเริ่มตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษา ผู้ให้การดูแลต้องบูรณาการองค์ความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์บนพื้นฐานของใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ตามปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกมิติ แต่ระยะตามภาวะความเป็ยงเบนด้านสุขภาพ จึงควรต้องมีการประสานงานร่วมกันภายในทีมให้การดูแล เพื่อความสอดคล้องในการแก้ปัญหาและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงให้ความสำคัญกับการดูแลต่อเนื่องเพราะถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ทั้งด้านความต่อเนื่องในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น ข้อมูล และแหล่งประโยชน์อื่นที่ควรมีการกำหนดผลลัพธ์ ตัวชี้วัดทางการพยาบาล และติดตามประเมินผลลัพธ์ของการดูแล ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนกระทั่งเสียชีวิต รวมถึงส่งเสริมคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลโดยการติดตามให้การช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องจนสามารถปรับตัวต่อการสูญเสียได้

## เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute, Department of medical services. National Cancer Control Programmes, Ministry of Public Health (2013–2017). Bangkok: Centre for Agricultural Cooperatives of Thailand; 2013 (in Thai)
2. Badr H, Smith CB, Goldstein NE, Gomez JE, Redd WH. Dyadic psychosocial intervention for advanced lung cancer patients and their family caregivers: results of a randomized pilot trial. *Cancer*. 2015;121(1):150–8.
3. Irwin KE, Greer JA, Khatib J, Temel JS, Pirl WF. Early palliative care and metastatic non-small cell lung cancer: potential mechanisms of prolonged survival. *Chron Respir Dis*. 2013;10(1):35–47.

4. Hendriksen E, Williams E, Sporn N, Greer J, DeGrange A, Koopman C. Worried together: a qualitative study of shared anxiety in patients with metastatic non-small cell lung cancer and their family caregivers. *Support Care Cancer*. 2015;23(4):1035-41.
5. Howe M, Burkes RL. Collaborative Care in NSCLC; the Role of Early Palliative Care. *Front Oncol*. 2014;4:192.
6. Lyer S, Taylor-Stokes G, Roughley A. Symptom burden and quality of life in advanced non-small cell lung cancer patients in France and Germany. *Lung Cancer*. 2013;81(2):288-93.
7. Schellekens MP, van den Hurk DG, Prins JB, Molema J, Donders AR, Woertman WH, et al. Study protocol of a randomized controlled trial comparing mindfulness-based stress Reduction with treatment as usual in reducing psychological distress in patients with lung cancer and their partners: the MILON study. *BMC Cancer*. 2014;14:3.
8. Temel JS, Greer JA, Admane S, Gallagher ER, Jackson VA, Lynch TJ, et al. Longitudinal perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic non-small-cell lung cancer: results of a randomized study of early palliative care. *J Clin Oncol*. 2011;29(17):2319-26.
9. Mullen C, Thomas J. End-of-life care: common core competencies. *British Journal of Healthcare Assistants*. 2009;3(10):490-2 3p.
10. Hanucharurnkul S, Panpakdee O. Advanced Practice nursing: integrated practice. Bangkok: Joodthong. (in Thai)
11. Borneman T, Koczywas M, Cristea M, Reckamp K, Sun V, Ferrell B. An interdisciplinary care approach for integration of palliative care in lung cancer. *Clin Lung Cancer*. 2008;9(6):352-60.
12. Hendrix CC, Bailey DE, Jr., Steinhauser KE, Olsen MK, Stechuchak KM, Lowman SG, et al. Effects of enhanced caregiver training program on cancer caregiver's self-efficacy, preparedness, and psychological well-being. *Support Care Cancer*. 2016;24(1): 327-336.
13. Tokito T, Murakami H, Mori K, Osaka I, Takahashi T. Implementation status and explanatory analysis of early advance care planning for Stage IV non-small cell lung cancer patients. *Jpn J Clin Oncol*. 2015;45(3):261-6.
14. Thamkumphee K. Textbook of lung cancer. Songkhla, Thailand: Chanmeang Publishing; 2007. (in Thai)
15. Nilmanut K. The end of life care. Songkhla, Thailand: Chanmeang Publishing; 2012. (in Thai)
16. Saphinun L. Treatment of Dyspnea. In: Chewaskulyong B, editor. Palliative care. Chiangmai, Thailand: Klangweing Publishing Company; 2013. p. 331-8. (in Thai)
17. Taweeyanyongkul N, Chaiviboontham S, Sumdaengrit B. Symptom Experiences and Symptom Management in Patients with Advanced Cancer Receiving Palliative Care. *Rama Nurs J*. 2015;21(1):82-95. (in Thai)
18. Wong SL, Leong SM, Chan CM, Kan SP, Cheng HW. The effect of using an electric fan on dyspnea in Chinese patients with terminal cancer: a randomized controlled trial. *Am J Hosp Palliat Care*; 2015.
19. Bausewein C, Booth S, Gysels M, Higginson I. Non-pharmacological interventions for breathlessness in advanced stages of malignant and non-malignant diseases. *Cochrane Database Systematic Reveiw*. 2008;16(2):Cd005623.
20. Bredin M, Corner J, Krishnasamy M, Plant H, Bailey C, A'Hern R. Multicentre randomized controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. *BMJ*. 1999;318(7188):901-4.
21. McCannon J, Temel J. Comprehensive management of respiratory symptoms in patients with advanced lung cancer. *J Support Oncol*. 2012;10(1):1-9.
22. Hanucharurnkul S. Medical Nursing 3. Bangkok: V.J. Printing; 2009. (in Thai)
23. Ithimakin S. Palliative Care for Carcer Patients. In: Chiarakun N, editor. General internal medicine. Bangkok, Thailand: Parbpim Company; 2013. p. 49-55. (in Thai)
24. Petpichetchian W. Best nursing practice in cancer care. Songkhla, Thailand: Chanmeang Publishing; 2014. (in Thai)
26. Maikiaw C. Nursing Care in Patients with Fatigue. In: Chewaskulyong B, editor. Palliative care. Chiangmai, Thailand: Klangweing Publishing Company; 2013. p.325-30.(in Thai)

*กรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคับประคอง: บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง*

27. Payne C, Larkin PJ, McIlfrick S, Dunwoody L, Gracey JH. Exercise and nutrition interventions in advanced lung cancer: a systematic review. *Curr Oncol.* 2013;20(4):e321-37.
28. Sato K, Onuma E, Yocum RC, Ogata E. Treatment of malignancy-associated hypercalcemia and cachexia with humanized anti-parathyroid hormone-related protein antibody. *Semin Oncol.* 2003;30(5 Suppl 16):167-73.
29. Chewaskulyong B. Palliative care. Chiangmai, Thailand: Klangweing Publishing; 2013. p. 55-71. (in Thai)
30. Meecharoen W. Family caregivers of cancer patients: roles' adaptation and quality of life promotion. *Rama Nurs J.* 2015;21(1):82-95. (in Thai)
31. Hudson PL, Lobb EA, Thomas K, Zordan RD, Trauer T, Quinn K, et al. Psycho-educational group intervention for family caregivers of hospitalized palliative care patients: pilot study. *J Palliat Med.* 2012;15(3):277-81.
32. van Gurp J, van Selm M, Vissers K, van Leeuwen E, Hasselaar J. How outpatient palliative care teleconsultation facilitates empathic patient-professional relationships: a qualitative study. *PLoS One.* 2015;10(4):e0124387.
33. Pan CC, Kung PT, Wang YH, Chang YC, Wang ST, Tsai WC. Effects of multidisciplinary team care on the survival of patients with different stages of non-small cell lung cancer: a national cohort study. *PLoS One.* 2015;10(5):e0126547.